

## Le transsexuel : quel devenir ?

A. Michel\*

*Université de Liège, service de psychologie clinique, boulevard du Rectorat, B33, 4000 Liège, Belgique ;  
et laboratoire IPSE, 200, avenue de la République, 92100 Nanterre, France*

(Reçu le 19 septembre 2000 ; accepté le 23 novembre 2000)

**Résumé** — Depuis le début des années 1950, des opérations de réassignation sexuelle chirurgicale sont fréquemment pratiquées ; cet article tente de dégager les conséquences réelles d'une telle intervention et d'en évaluer objectivement la pertinence. Nous aborderons d'abord les difficultés méthodologiques des études de suivi, ensuite les devenir psychologique, sexuel, social et professionnel du transsexuel opéré, enfin des éléments pronostiques seront considérés. Au travers de la littérature, les recherches de suivi tendent à prouver que la transformation chirurgicale satisfait le demandeur de changement de sexe plus qu'il ne le perturbe : dans la plus grande majorité des cas, les transsexuels se disent très satisfaits de leur intervention et, s'ils rencontrent certaines difficultés, celles-ci sont le plus souvent passagères et disparaissent dans l'année qui suit la transformation chirurgicale. © 2001 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS

**réassignation sexuelle chirurgicale / suivi / transsexualisme / trouble de l'identité de genre**

**Summary** — **The transsexual: what a future?** Since the 1950s, sexual surgical reassignments have been frequently carried out. This surgical therapeutic procedure was controversial. In such a context, it seems important to attempt to explore the actual consequences of surgical an intervention and to evaluate objectively its relevance. In this view-point, we have carried out a review of the literature. After looking as the methodological limitations of follow-up studies, the psychological, sexual, social, and professional futures of individuals subject to a transsexual operation will be presented. Finally, prognostic aspects will be considered. In the literature, follow up studies tend to show that surgical transformations have positive consequences for the subjects: in the majority of cases, transsexuals are very satisfied with their intervention and, if they meet with certain difficulties, the latter are often temporary and disappear within a year after the surgical transformation. Studies show that there is less than one percent of regrets, and a little more than one percent of suicides among operates subjects. The empirical research does not confirm the opinion that the operated individual is not familiar with just one issue: suicide. © 2001 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS

**follow up / gender identity disorder / sex reassignment surgery / transsexualism**

---

\*Correspondance et tirés à part.  
Adresse e-mail : aude.michel@ulg.ac.be (A. Michel).

Le transsexuel, cet individu qui déclare ne pas appartenir à son sexe d'assignation et qui réclame une intervention anatomochirurgicale afin de corriger sa dysphorie de genre, a été défini au début des années 1950<sup>1</sup>. À la même époque, Georges Jorgensen, photographe et ex-GI, se rend au Danemark afin d'être transformé en femme [22]. Cette première transformation peut être considérée comme le premier changement de sexe complet : opérations chirurgicales, administration d'hormones et suivi postopératoire.

La possibilité technique de répondre à la demande de changement de sexe a ouvert un débat quant à la légitimité et à l'utilité de la réalisation de cette demande. Des arguments diagnostiques, psychologiques et médicaux, moraux et éthiques ont été avancés pour et contre, mais quoi qu'il en soit, la transformation anatomique par voie chirurgicale est devenue pratique courante. L'objet de notre propos est de considérer, au travers de la littérature, les conséquences de telles transformations. Ainsi, nous analyserons les différentes études réalisées en matière de suivi depuis le début de la prise en charge.

Cette analyse est particulièrement malaisée, tant la plupart des études de suivi se distinguent sur plusieurs points :

- le concept de transsexualisme a été soumis à des modifications accompagnées de remaniements corollaires des critères diagnostiques ;
- les populations étudiées présentent des différences (nombre de sujets, âge des sujets, type de population (FM et / ou MF<sup>2</sup>), état d'avancement de la transformation) ;
- les différentes méthodes d'analyses sont divergentes.

Dans un premier temps, nous exposerons ces difficultés qui rendent la comparaison des études difficile ; ensuite nous présenterons les résultats en termes :

- d'évaluation globale du devenir après transformation (satisfaction, insatisfaction, regret...) ;
- du devenir psychologique, sexuel, social et professionnel.

<sup>1</sup> Afin de ne pas alourdir la lecture de cet article, seules les références les plus récentes et/ou les plus pertinentes ont été considérées. L'auteur met à la disposition de tout lecteur intéressé une liste bibliographique, portant sur le thème du suivi du transsexuel, plus conséquente.

<sup>2</sup> Pour la facilité de l'exposé, les femmes qui demandent une masculinisation seront notées FM tandis que les hommes qui réclament une féminisation sont notés MF.

## DIFFICULTÉS DES RECHERCHES DE SUIVI

### Problèmes inhérents à la définition du champ d'étude

Durant la période relativement brève (une quarantaine d'années) que couvrent les études du devenir des transsexuels, les critères diagnostiques – et par conséquent les sujets inclus dans les études – ont varié en fonction de l'évolution du concept de transsexualisme. Ainsi, depuis sa première apparition dans le DSM, la définition du transsexualisme a subi certains changements qui tendent à rendre le concept et le diagnostic moins spécifiques, et donc, en conséquence, l'inclusion dans cette catégorie plus hétérogène.

### Problèmes inhérents à la population étudiée

#### *Difficultés d'accès à la population étudiée*

Comme il est impossible d'obliger le transsexuel à se soumettre à une évaluation à long terme [30], un premier obstacle considérable auquel se heurtent les études de suivi est de retrouver les transsexuels opérés : souvent, ils ont déménagé, changé de profession et ont recommencé une nouvelle vie ailleurs. Parmi ceux qui sont retrouvés, tous n'acceptent pas d'être réexaminés [11, 24, 53, 63]. Dès lors, ceux qui acceptent de participer aux études de suivi ne constituent pas un échantillon représentatif de la population des transsexuels opérés.

#### *Disparités relatives au moment choisi pour le début du suivi et de durée*

#### *Ligne de base*

Dans toute étude de suivi se pose la question de la ligne de base, c'est-à-dire du moment initial de l'évaluation de la variable dont on veut étudier les modifications ultérieures supposées.

Historiquement, à l'époque où l'efficacité de l'intervention chirurgicale était largement contestée, une telle ligne de base permettait d'évaluer le bien-fondé de telles interventions [52]. Aujourd'hui, même si l'utilité et l'adéquation de la chirurgie sont moins sujettes à controverse, mesurer cet impact s'avère toujours essentiel tant la nécessité de prouver l'utilité d'une telle pratique reste d'actualité.

De nos jours, la plupart des études effectuées avec des transsexuels prennent comme ligne de base l'évaluation

faite au moment de la phase de diagnostic. Cependant, le transsexualisme ne peut se réduire à la seule transformation chirurgicale (qui représente l'ultime moment de la procédure de changement de sexe), mais résulte d'une série d'interventions (dont chacune suppose des aménagements pour le sujet). Ainsi, tenant compte de ces arguments, certains auteurs [33, 38, 60, 61] considèrent que la ligne de base doit être le moment de la première entrevue avec une équipe de prise en charge ; d'autres [18] prennent en compte celui où le diagnostic de transsexualisme est réellement posé ; d'autres encore tiennent compte du premier contact avec un chirurgien [52].

Enfin, certains chercheurs se réfèrent à une durée écoulée entre les deux évaluations sans préciser le point de mesure initial.

### **Durée du suivi**

Au-delà de ce problème, le laps de temps écoulé entre la première évaluation et la réalisation de l'étude de suivi est une variable primordiale. Juste après la transformation, le transsexuel passe habituellement par une étape dite d'adolescence ou d'euphorie au cours de laquelle domine la satisfaction d'avoir atteint son but. Cette euphorie s'estompe progressivement au gré des difficultés qu'engendre le statut sexuel nouvellement acquis.

Il ressort ainsi que les résultats publiés doivent recevoir une interprétation qui tienne compte du facteur temps, que les études dans les mois qui suivent l'opération ne peuvent être confondues avec des études effectuées après un temps plus long, pas plus que ne peuvent être regroupés des sujets étudiés après des délais post-opératoires très différents [7, 24, 28, 30, 33, 52, 60].

Afin d'éviter ces problèmes, certains auteurs recommandent un délai minimum de trois ou six ans [33] entre la fin de la transformation et l'évaluation post-opératoire (à notre connaissance, il n'existe pas de recommandations concernant un délai maximum).

### **Disparité de l'âge des candidats au moment de la transformation**

La plupart du temps, les auteurs ne précisent pas l'âge du transsexuel au moment de la formulation de sa demande. Or, cette variable peut avoir un intérêt non seulement en terme d'anamnèse, de trajectoire de vie, mais encore au point de vue diagnostique et pronostique. On a constaté depuis longtemps qu'il existerait une relation inversement proportionnelle entre l'âge du candidat au moment de sa demande et la qualité de son devenir. Ainsi, une demande de transformation for-

mulée au-delà de l'âge de 30 ans engendre le plus souvent un résultat négatif [21, 33, 39, 60].

Dans de telles conditions, on comprendra qu'il n'est pas toujours possible de saisir la portée des observations recueillies sur des sujets d'âges très différents, ni de les comparer entre elles.

### **Difficultés quant à la variété des analyses**

Les études de suivi des transsexuels s'intéressent à des champs variés (médicaux, chirurgicaux, psychologiques, sociaux...) et utilisent des méthodes d'investigations différentes : certaines sont fondées sur des impressions cliniques, d'autres sur des données fournies par des instruments comme le *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), le Rorschach, le *Thematic Apperception Test* (TAT) ou encore le *Draw-a-Person Test*, le *Body Image Scale* [2, 20, 24, 37] ou encore la *Symptom Checklist 90-revised* (SCL-90-R), le *Crown Crisp Experiential Index* (CCEI) et le *Bem Sex Role Inventory* (BSRI) [8, 41, 42].

Cela a amené Abramowitz [1] à répartir les études publiées de 1966 à 1983 en deux catégories : les études préquantitatives et les études quantitatives. Les premières évaluent les résultats de la transformation en termes de satisfaction ou de degré d'amélioration selon des critères peu quantifiables ; les secondes utilisent des échelles psychométriques et des questionnaires standardisés et ont recours le plus souvent aux méthodes statistiques pour le traitement des données.

### **Objectivité des évaluateurs, des sujets ?**

Les études de suivi sont souvent effectuées par les intervenants qui ont prévu les opérations transformatrices [excepté les études de : 30, 33]. Or, il semblerait que le chercheur impliqué dans les décisions opératoires se montre plus enclin à publier des résultats convainquants [33]. C'est pourquoi certains auteurs ont effectué leurs études de suivi en collaboration avec des chercheurs qui n'étaient pas intervenus lors du diagnostic [14, 18, 24, 26, 27, 52, 56, 58].

Au-delà de l'objectivité du chercheur se pose aussi la question de l'objectivité des sujets interrogés sur leur état. Certains transsexuels seraient soucieux d'apparaître comme de bons patients aux yeux de leurs thérapeutes et seraient tentés de tempérer les difficultés rencontrées alors que d'autres, pour diverses raisons, pourraient vouloir donner une image négative de leur transformation.

## RÉSULTATS DES ÉTUDES DE SUIVI

### Introduction

À la fin des années 1970, un des plus importants centres de prise en charge des transsexuels – *John Hopkins Gender Identity Clinic* – décida, suite à une étude de suivi réalisée par Meyer et Reter [44], d'arrêter toute opération de réassignation chirurgicale du sexe [44]. Dans cette étude, la population considérée est constituée :

- de sujets opérés depuis quelques années ;
- de sujets en attente de chirurgie (et dont certains seront transformés durant les quatre ans de l'étude) ;
- de sujets qui malgré leur souhait ne bénéficieront pas d'une telle intervention.

En comparant, trois ans plus tard, l'évolution psychologique de ces groupes de sujets, les auteurs furent étonnés de constater qu'aucune différence significative ne permettait de distinguer les groupes. Cette étude fut largement controversée [19, 20, 24, 35].

Les critiques s'ordonnent essentiellement autour de :

- la méthodologie du recueil des données (les patients non opérés ne peuvent pas constituer un groupe contrôle, d'autant plus que parmi ceux-ci certains seront finalement opérés ; les sujets MF et FM sont considérés simultanément) ;
- le choix des variables analysées [l'adaptation avant/après opération est estimée à partir de la stabilité sociale (fréquence des changements de domicile), des

problèmes légaux (dossiers d'arrestation), des dossiers psychiatriques et de l'emploi] ;

- les disparités concernant la durée du suivi (cinq ans en moyenne pour les sujets opérés avant 1971, deux ans pour les autres).

Ces différentes critiques tendent à montrer que de telles différences peuvent entraîner la survenue, plus fréquente, de situations de vie négatives chez les transsexuels opérés. Il n'est pas sans intérêt de signaler que la décision d'arrêter les traitements chirurgicaux semble consécutive à des pressions politiques et non à ces résultats scientifiques [34].

### Évaluation globale du devenir après opération

Depuis la première publication de Hertz [23], une centaine de recherches ont été consacrées aux conséquences du changement de sexe. Au cours des années, elles ont fait l'objet de plusieurs tentatives de synthèse [1, 21, 35, 39, 49].

La plupart du temps, les résultats de ces études ont été regroupés selon le degré de contentement des sujets face à leur transformation. Ainsi, un résultat satisfaisant reflète un sujet heureux de sa transformation chirurgicale, l'ajustement au nouveau rôle étant adéquat, tandis qu'un résultat insatisfaisant serait rencontré chez un sujet dont l'état (psychologique et social) aurait empiré après l'opération (comparativement à son état antérieur) (*tableaux I et II*).

**Tableau I.** Pourcentage de satisfaction des FM dans les différentes revues de la littérature.

Auteur	n	Satisfait		Insatisfait		Incertain		Suicide regret	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Benjamin [3]	15		93,3		6,7				
Pauly [48]	40		95				5		
Pauly [49]	83	67	80,7	5	6,0	11	13,3	0	
Lundström et al. [39]	124	111	89,5	12	9,7			1	0,8
Green et al. [21]	130	126	97	4	3				

**Tableau II.** Pourcentage de satisfaction des MF dans les différentes revues de la littérature.

Auteur	n	Satisfait		Insatisfait		Incertain		Suicide	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Benjamin [3]	15		93,3		6,7				
Pauly [48]	40		95				5		
Pauly [49]	283	202	71,4	23	8,1	52	18,7	6	2,1
Lundström et al. [39]	368	323	87,8	38	10,3			7	1,9
Green et al. [21]	200	191	87	28	13	1	<1%		

### **Satisfaction**

Selon Pauly [49], les transsexuels semblent satisfaits de leur transformation dans près de trois quarts des cas. Néanmoins des pourcentages plus élevés sont observés dans la revue de Green et Fleming [21] (97 % des FM [ $n = 130$ ] sont heureux de leur transformation).

La satisfaction des transsexuels opérés est nette : à la question « si c'était à refaire, le referiez-vous ? », la grande majorité (plus de 90 %) répondent par l'affirmative [4, 13, 34, 40, 41, 56]. Quelques sujets déclarent même que, sans l'opération, ils se seraient suicidés [24, 33].

### **Insatisfaction**

Un résultat insatisfaisant est observé dans approximativement 10 % des cas. Ce pourcentage est moins élevé chez les FM (6 % [49] ; 9,7 % [39] ; 3 % [21]) que chez les MF (8,1 % [49] ; 10,3 % [39] ; 13 % [21]). La différence entre les FM et MF est surtout constatée dans la revue de la littérature effectuée par Green et Fleming [21].

### **Regrets**

Immédiatement après le changement de sexe, si la plupart des transsexuels passent par une période d'euphorie, d'autres se trouvent confrontés à diverses difficultés (douleurs post-opératoires, complications chirurgicales, résultats chirurgicaux insatisfaisants, départ du partenaire, perte du travail, conflits avec la famille...) et connaissent une phase d'insatisfaction qui peut aller jusqu'au regret. Toutefois, cette insatisfaction est temporaire et disparaît, le plus souvent, durant l'année qui suit la transformation chirurgicale, sans qu'aucune nouvelle intervention ait été nécessaire [51].

Des regrets plus profonds et tenaces sont rares. Pfäfflin et Junge [52] réalisent une revue de la littérature, à partir de 74 études de suivi et 8 revues de la littérature publiées entre 1961 et 1991. Entre 1 000-1 600 MF et 400-450 FM ont été considérés au total (le caractère approximatif de ce résultat est dû aux divers chevauchements des études), et les auteurs recensent seulement moins d'un pour cent de regret chez les FM et de un à un pour cent et demi de regrets chez les MF (des résultats semblables ont été observés par Kuiper : 0,5 % chez les FM, 1,2 % chez les MF) [29] ; ils recensent ainsi 20 MF et 5 FM qui regrettent la transformation chirurgicale. L'analyse des difficultés rencontrées par ces différents sujets révèle l'existence de trois sources majeures de regret :

- erreur de diagnostic (certains sujets montraient des signes de psychose évidents) ;

- absence de test de la vie réelle (les sujets n'ont pas été soumis à une évaluation prolongée de l'adaptation à leur nouveau genre) ;

- protocole d'interventions chirurgicales peu adapté et résultats chirurgicaux décevants (certains sujets ont dû attendre pendant de longues périodes avant de pouvoir procéder aux interventions chirurgicales ; plusieurs sujets ont souffert de résultats chirurgicaux esthétiquement peu satisfaisants et / ou peu fonctionnels).

### **Suicides**

Dans la littérature, l'humeur dépressive, les cognitions suicidaires, les menaces suicidaires, les tentatives de suicide et les suicides sont le plus souvent regroupés sous la dénomination générale de « suicide » [52], ce qui constitue une évidente source de confusion.

### **Tentatives de suicide**

Avant la transformation chirurgicale, on constate, en moyenne, des tendances suicidaires (cognitions suicidaires menant à une tentative de suicide) chez au moins 20 % des sujets [15, 30, 60, 61, 63, 65].

Des tentatives de suicide peuvent être observées après la transformation chirurgicale. Elles sont – le plus souvent – consécutives soit à des problèmes sentimentaux [24], soit à des complications chirurgicales (inhérentes à la transformation sexuelle) [33, 63] et, dans ce dernier cas, ne se reproduisent plus, une fois les problèmes chirurgicaux résolus [34, 63].

### **Suicide**

Très peu d'études font état de suicide de candidats au changement de sexe. Lorsqu'il survient, il s'agit le plus souvent de cas dont la demande de transformation a été refusée [38]. En revanche, après la transformation chirurgicale, Kuiper dénombre, en moyenne, 1,2 % de suicide chez les MF et 0,5 % de suicide chez les FM [29]. D'autres revues de la littérature rapportent des pourcentages légèrement supérieurs : 1,9 % chez les MF, et 0,8 % chez les FM [39, 49]. Dans leur revue de la littérature, Pfäfflin et Junge [52] comptent 16 suicides (sur un nombre approximatif de 1 000 à 1 600 MF et de 400 à 550 FM) après changement de sexe. Selon eux, ces suicides ne doivent pas être systématiquement attribués au changement de sexe. Ainsi, des erreurs médicalementes, des overdoses, des complications médicales (non imputables à la transformation chirurgicale) autant que la perte d'emploi ou l'apparition de difficultés sentimentales pourraient engendrer ce geste fatal.

## Devenir psychologique

### *Perspective historique*

Par définition, le transsexuel souffre d'un sentiment constant d'inconfort psychologique quant à l'appartenance au sexe anatomique, inconfort qu'il cherche à soulager par le changement de sexe. Il est étonnant de constater combien les études psychologiques en matière de suivi sont rares [34, 52] et, combien, lorsqu'elles sont réalisées, elles donnent souvent lieu à des interprétations superficielles [52].

Afin de comprendre ce manque d'investigation, il faut se référer aux années 1950, période durant laquelle les demandes transsexuelles apparaissent en grand nombre et où le transsexualisme est considéré – sous l'impulsion de Benjamin – par de nombreux membres du monde médical comme un problème constitutionnel (une problématique fixée dès l'enfance) dont la thérapeutique doit être uniquement hormonale et chirurgicale. Durant près de vingt ans, ces médecins s'attacheront à démontrer la supériorité des traitements chirurgicaux et à nier l'intérêt de méthodes psychothérapeutiques considérées comme coercitives et inutiles [3, 23, 31, 48].

À l'inverse, un grand nombre de psychologues et de psychanalystes se montrèrent formellement opposés à toute transformation chirurgicale des transsexuels malgré l'absence d'observations empiriques [43, 47], excepté Stoller qui consacra la majeure partie de sa carrière aux troubles de l'identité de genre et qui accepta, dans certaines conditions particulières (transsexuels répondant au diagnostic de transsexualisme primaire), le traitement chirurgical du transsexualisme. Selon ces derniers auteurs, la transformation chirurgicale ne peut mener qu'au suicide ou à des décompensations psychotiques ; et ils ne procéderont guère aux analyses psychologiques des transsexuels opérés.

De manière très progressive, le traitement hormonal et chirurgical va être accepté tout en reconnaissant l'importance d'adjoindre une approche psychothérapeutique à cette approche médicale (le plus souvent une psychothérapie de soutien). Dès lors ils recommandent, préalablement à toute transformation hormonochirurgicale, un traitement psychothérapeutique d'au moins deux ans, et encouragent sa poursuite après la transformation [34, 35]. Au début des années 1980, l'*Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBI-GDA) affirme l'utilité d'une telle prise en charge.

Ces dernières années, la nécessité d'un suivi psychothérapeutique s'est imposée durant toute la période de

la transformation et au-delà [9, 14, 17, 54, 56, 59], car bien des transsexuels se rendent compte que la chirurgie ne résout pas tout et qu'il est difficile d'assumer adéquatement un rôle de genre inconnu [56]. Il convient donc de les préparer, pendant le *real life test*, puis de les aider, après la transformation chirurgicale, à affronter les difficultés émotionnelles, sociales, sexuelles... de leur nouvelle apparence [10, 12, 41, 52, 56].

Ce bref aperçu de la prise en charge des troubles de l'identité de genre permet de dégager l'intérêt croissant d'une prise en charge psychologique du candidat transsexuel, parallèlement à la transformation chirurgicale. Ainsi, étant donné la mise en place de structures davantage centrées sur l'évolution psychologique des sujets, on peut espérer voir augmenter la littérature consacrée aux aspects psychologiques de la prise en charge des transsexuels.

### *Facteurs psychologiques étudiés*

Pour Pfäfflin et Junge [52], le succès de la transformation sexuelle dépend étroitement de plusieurs facteurs concrets intervenant soit avant la transformation chirurgicale (préserver un contact avec le centre de traitement ; vivre dans le rôle désiré ; recevoir un traitement hormonal ; bénéficier d'un suivi psychologique et psychiatrique) ; soit durant et après la transformation (procéder à une transformation chirurgicale ; profiter d'interventions chirurgicales de qualité ; procéder à un changement d'état civil).

Si tous ces aspects sont rencontrés, on peut s'attendre à une adaptation réussie des transsexuels à leur nouvelle identité, comme en témoigne le fait que beaucoup d'entre eux n'éprouvent plus le besoin de rencontrer un psychiatre [18], sinon pour obtenir les attestations nécessaires au changement d'état civil ou pour se soumettre aux évaluations postopératoires [54]. On constate ainsi une diminution notable des troubles émotionnels liés à la dysphorie de genre. Toutefois, d'autres difficultés – étrangères à la dysphorie de genre – peuvent apparaître après la transformation chirurgicale et peuvent alors engendrer des affects négatifs [21].

Si la plupart des études de suivi considèrent l'effet de la transformation chirurgicale, certaines ont tenté de mesurer l'évolution du sujet pendant les différentes phases de sa conversion [5, 18, 40, 41].

En comparant diverses populations de transsexuels à différents moments de la prise en charge (lors du diagnostic, lors du *real life test*, et dans les six à 24 mois qui suivent l'opération chirurgicale), Mate-Kole *et al.* [40] ont mis en évidence l'influence positive du changement

de sexe sur le fonctionnement psychologique du sujet. Ainsi, les transsexuels opérés obtiennent, à toutes les échelles du CCEI (*Crown Crisp Experiential Index*), des scores significativement plus bas que les sujets en cours de diagnostic ou de *real life test* : ils présentent donc moins de signes de dépression, d'anxiété flottante, d'obsessionnalité, d'anxiété somatique et d'hystérie. L'auteur constate par ailleurs que les sujets en cours de *real life test* souffrent moins de dépression et d'anxiété somatique que leurs homologues en cours de diagnostic.

Deux ans plus tard, Mate-Kole *et al.* [41] comparent – entre autres sur la base du CCEI – deux groupes de candidats transsexuels : un premier dont l'opération est prévue quelques mois plus tard, un deuxième dont la transformation chirurgicale est prévue plus tardivement. L'ensemble des sujets sont revus après une période de deux ans. Le premier groupe a subi les différentes opérations transformatrices alors que le second est toujours en attente de chirurgie. Alors qu'au départ, les groupes obtiennent des résultats similaires, après deux ans, les résultats des sujets transformés sont significativement meilleurs que ceux des sujets restés en attente de transformations. Les transsexuels opérés présentent donc une nette diminution des symptômes névrotiques, au contraire des sujets en attente de transformation.

Fahrner *et al.* [18] relèvent aussi que les transsexuels en début de prise en charge présentent des améliorations de l'humeur dépressive, de la stabilité psychologique, des relations familiales et professionnelles. Plusieurs auteurs ont observé cette amélioration de l'état des transsexuels dès le commencement du *real life test* [4, 5, 26, 27, 30]. Deux explications ont été proposées : la reconnaissance du syndrome justifie et autorise – médicalement – le port de vêtements du sexe opposé, elle engendre aussi la diminution de la dépression et de l'anxiété ; par ailleurs le sujet a la certitude d'être opéré, ce qui lui procure un réel soulagement (si l'opération ne devait pas avoir lieu, ces bénéfices devraient disparaître, selon Kuiper et Cohen-Kettenis) [30].

Outre les différences constatées lors des différentes phases du traitement, on observe certaines disparités entre les FM et les MF. Ainsi, bien qu'ils bénéficient de la même prise en charge (réunissant les sept éléments susmentionnés par Pfäfflin et Junge) [52], les FM présentent des résultats plus favorables que les MF [4, 18, 30, 37, 39, 60]. Dans sa revue de la littérature sur les résultats obtenus aux tests psychologiques administrés aux transsexuels, Lothstein [37] constate que les FM

sont plus stables, présentent moins de perturbations psychopathologiques et semblent mieux adaptées à la transformation. Cette meilleure adaptation résulterait, selon Kuiper et Cohen-Kettenis [30], du fait que la masculinisation des FM est moins repérable que la féminisation des MF (certaines caractéristiques physiques de l'appartenance sexuelle antérieure restent plus repérables chez les MF que les FM : timbre de la voix, taille, grandeur des mains, des pieds...) si bien que le transsexuel FM court moins de risque d'être découvert et d'être sujet à des railleries qu'un homme ayant des habits féminins.

À côté de ces recherches, quelques études cliniques seulement ont été élaborées sur la base d'instruments psychologiques. S'il existe des recherches qui ont utilisé le MMPI pour définir le profil psychologique du transsexuel avant ou après la transformation chirurgicale, la comparaison des résultats pré / post-opératoires des mêmes sujets est rare [2, 19, 24] et ne met pas en évidence de changements importants.

Les recherches fondées sur l'analyse du Rorschach de candidats transsexuels afin de déterminer la genèse du trouble ou de mettre en évidence certaines particularités du fonctionnement psychique sont relativement récentes, et seuls Fleming, Jones, et Simons [20], Lothstein [36] et Michel [45] ont comparé des protocoles avant / après opération. Le Rorschach administré, à cinq ans d'intervalle dans les recherches de Fleming *et al.* [20] et Michel [45], ne montre pas de modification notable de la personnalité ni du mode de fonctionnement psychologique des sujets.

Ainsi, il semblerait que la prise en charge chirurgicale n'engendre pas de modifications repérables au travers de méthodes psychologiques susceptibles de mesurer des changements de la personnalité.

## Devenir sexuel

Au début des années 1970, le transsexualisme a été considéré, par certains auteurs, comme une problématique hyposexuelle [50]. Actuellement, certains chercheurs soutiennent encore que les transsexuels n'accordent guère d'intérêt à la sexualité et à la possibilité d'avoir des rapports sexuels de qualité [12]. Il semblerait en fait que, si le transsexuel ne place pas la sexualité au centre de ses intérêts, il accorde cependant une attention particulière au devenir de son plaisir sexuel après l'opération. En ce sens, la problématique transsexuelle n'est pas hyposexuelle (pas plus qu'elle ne serait hypersexuelle), elle consiste plutôt en un trouble

de l'identité de genre extrême dans lequel l'intérêt pour le devenir sexuel tient une place non négligeable [46].

Il semblerait que les transsexuels considèrent que la fonctionnalité des organes sexuels est primordiale ; ainsi, chez les MF, l'insatisfaction la plus fréquente concerne la profondeur du néovagin : trop court, celui-ci ne permet pas une pénétration satisfaisante [17, 34, 56, 63] ; chez les FM, la difficulté d'obtenir une phalloplastie adéquate peut être source de mécontentement, au point que Walters écrivait, en 1986, que tant que des techniques chirurgicales plus performantes ne seront pas proposées, il était préférable de ne pas procéder à de telles transformations [67]. Les progrès de la chirurgie laissent cependant espérer des résultats de plus en plus satisfaisants [17].

Les observations de nombreux auteurs [24, 28, 32, 34, 54] semblent indiquer que la transformation chirurgicale engendre une amélioration notable de la vie sexuelle, ainsi qu'une augmentation de la fréquence de l'activité sexuelle. Ces améliorations sembleraient consécutives au changement de l'apparence corporelle.

Une fois opérés, certains transsexuels rencontrent plus facilement un partenaire, jouissent de relations plus stables, se sentent plus confiants, plus attrayants avec un sexe qui correspond à leur identité de genre [4, 54, 63]. Blanchard [4] a démontré que plus les MF sont soucieux d'effacer toute masculinité antérieure et sont motivés à créer une féminité artificielle en ayant recours à des procédés de féminisation supplémentaires (tels l'électrolyse capillaire et les implants mammaires), plus ils présentent une probabilité élevée de rencontrer un partenaire masculin et de vivre une situation stable. De manière générale, les MF cherchent de nouveaux conjoints tandis que les FM ont tendance à rester avec le même partenaire [4, 9, 27].

Les changements relatifs au plaisir sexuel d'une part et à la rencontre d'un partenaire d'autre part pourraient être imputables à l'adéquation harmonieuse entre l'allure du corps et l'identité de genre des sujets. Cependant, lorsque l'apparence des organes génitaux est insatisfaisante (taille du pénis, esthétique des lèvres, etc.), le bien-être du transsexuel est affecté [33, 39, 55, 58, 63]. On comprendra dès lors que les transsexuels réclament des interventions supplémentaires afin de parfaire l'esthétique de leur sexe. De manière générale, plus l'état initial du sujet reste observable, plus le sujet rencontrera de difficultés [58].

En revanche, les résultats relatifs au plaisir orgasmique ne sont pas aussi unanimes. Ainsi, si certains [34, 54] observent que les MF éprouvent, plus fréquem-

ment que les FM, un orgasme, d'autres [32] ont constaté l'inverse. Selon Rakic *et al.* [54], cette différence pourrait être due à des facteurs personnels tout à fait indépendants du transsexualisme et de la transformation chirurgicale. De manière plus générale, la diminution des capacités orgasmiques chez certains sujets serait due à l'absence d'habitudes sexuelles du couple et non à la transformation corporelle elle-même. En ce sens, l'absence de plaisir orgasmique pourrait résulter de difficultés sexuelles indépendantes de la transformation chirurgicale, difficultés communément rencontrées dans toute relation de couple.

### Devenir social

Dans la majorité des cas, après l'opération les transsexuels jouissent de relations sociales plus riches et plus nombreuses [1, 12, 54]. Enfin transformés selon leur désir, ils se révèlent davantage réceptifs et actifs dans différentes activités sociales (sports d'équipe, sports individuels, contacts avec la famille et les amis, sorties au restaurant, dans les discothèques...) [14, 41, 56] et bénéficient fréquemment de contacts familiaux plus satisfaisants [14, 41]. Ainsi, après la transformation sexuelle, les transsexuels sortent de leur isolement social, osent entreprendre des activités jusqu'alors largement évitées. Cette amélioration des relations sociales est imputée à l'adéquation entre l'identité de genre et l'anatomie.

À l'opposé de ces résultats, on constate que certains transsexuels (plus particulièrement les MF) souffrent de la limitation et de la superficialité de leurs contacts sociaux [34, 30]. Les plaintes principales sont : l'absence de partenaire sexuel, la diminution des contacts sociaux, l'altération des relations avec certains membres de la famille, avec les amis... Lorsque les sujets rencontrent de telles difficultés, celles-ci sont le plus souvent dues à des problèmes physiques (voix, stature, absence de pénis, de vagin, de seins...) ou à des difficultés à assumer leur passé auprès de nouveaux partenaires. Ainsi, la capacité physique à passer pour une femme (ou pour un homme dans les cas des FM) est primordiale : plus l'état initial reste discernable, moins bonne est l'insertion du sujet dans la société [58].

### Devenir professionnel

L'impact de la transformation chirurgicale sur la situation professionnelle des transsexuels est très variable. Ainsi, pour certains auteurs [55, 61], le devenir profes-



sionnel des transsexuels est le plus souvent désastreux : les sujets perdent leur emploi initial et éprouvent de grandes difficultés à retrouver une occupation professionnelle similaire. Pour d'autres, plus nombreux [18, 34, 63], la situation est moins alarmante : beaucoup de sujets opérés conservent leur emploi ou, le cas échéant, exercent une autre activité. Kuiper [29] constate, au travers de la littérature, que 71 % des MF et 83 % des FM ont un emploi après la transformation chirurgicale. Comparativement au statut professionnel avant transformation, cette situation s'est améliorée pour 42 % des MF et 48 % des FM tandis qu'elle s'est détériorée pour 13 % des MF et 12 % des FM. Enfin, elle est restée stable pour 40 % des MF et 37 % des FM.

En revanche, il faut noter que, même si certains conservent leur emploi initial, celui-ci est parfois modifié, des employeurs faisant preuve d'une certaine misogynie à l'égard des MF. Ainsi, des transsexuels (MF) employés dans des postes importants ont été, suite à leur transformation, relégués à des postes à moindre responsabilité. Ces constatations ont amené certains auteurs à conclure que la transformation est corrélée avec le statut socio-économique positivement pour les FM et négativement pour les MF [4, 9].

La nature même du travail avant la transformation semble influencer le devenir du candidat. Si celui-ci exerce une profession en rapport avec le sexe désiré, la probabilité de conserver son emploi s'en trouve accrue [34, 54]. Ainsi, lors du *real life test*, il est indispensable d'orienter les candidats vers des emplois plus étroitement liés à leur identité de genre.

## Éléments pronostiques

Le changement de sexe étant une transformation importante et irréversible, il apparaît du plus grand intérêt d'identifier, avant l'opération, des indices qui permettraient de prévoir l'évolution – favorable ou défavorable – après l'opération. C'est ce à quoi se sont attachés plusieurs auteurs [6, 16, 25, 26, 33, 58].

Pas moins de vingt critères négatifs différents ont été mentionnés (âge avancé au moment de la formulation de la demande, caractéristiques morphologiques d'appartenance au sexe biologique trop prononcées, choix d'objet hétérosexuel avant la transformation, support social insatisfaisant, instabilité mentale, vulnérabilité émotionnelle, casier judiciaire, service militaire accompli, exercice d'une activité professionnelle peu adéquate avec le sexe désiré, manque de compréhension et d'intégration des limites et des conséquences directes

de la chirurgie, automutilations, abus d'alcool, ambivalence à l'égard de la chirurgie...). Ces différents facteurs ne constituent pas de réelles contre-indications ; tout au plus, ils doivent inciter à la prudence, mais plus un individu présente l'un ou l'autre de ces éléments, plus l'on peut penser que la transformation chirurgicale risque de ne pas lui être favorable.

Outre l'absence de psychopathologie, retenons, parmi les critères les plus fréquemment mentionnés : le sexe biologique, le choix d'objet sexuel (homosexuel ou non-homosexuel), et l'âge au moment de la demande.

### *Choix du partenaire*

Blanchard *et al.* [8] constatent que le choix d'objet d'un partenaire du même sexe que le sien avant la transformation chirurgicale (ce qui se traduit par la constitution d'un couple hétérosexuel, après l'opération) est de meilleur pronostic que le choix d'un partenaire de l'autre sexe avec qui sera formé, après l'intervention, un couple homosexuel. Blanchard constate que les sujets dont l'objet (avant l'opération) est hétérosexuel regrettent plus fréquemment l'intervention de changement de sexe que les transsexuels dont l'objet est homosexuel [4, 8]. Chacun à leur manière, Walinder [66], Kockott et Fahrner [26] aboutissent au même constat. Le traitement de sujets dont le partenaire, avant l'opération, est hétérosexuel nécessite donc une plus grande prudence, mais ne doit pas inciter à refuser leur demande [8].

### *Âge lors de la verbalisation de la demande*

Les transsexuels homosexuels, c'est-à-dire les transsexuels qui, avant l'opération choisissent des partenaires de leur sexe, s'apparentent à ce que certains dénomment vrais transsexuels [64], et d'autres transsexuels primaires [50]. Il s'avère que ces transsexuels homosexuels réclament plus tôt la transformation chirurgicale et présentent une identification à l'autre sexe plus précoce et plus intense [26, 39]. Ainsi, plus tôt est formulée la demande, meilleurs sont les résultats. Au contraire, une demande de transformation tardive, formulée au-delà de l'âge de trente ans, est un facteur de mauvais pronostic. L'incidence péjorative de l'âge avait déjà été repérée par Walinder [66] à la fin des années 1970, et a été confirmée récemment par Eldh [17] dans son étude portant sur 90 transsexuels opérés : les patients qui regrettent l'opération étaient âgés de plus de trente ans lors de la transformation sexuelle [17].

Dans le même ordre d'idées, Spengler [62] considère que si un sujet manifeste trop d'hésitations à entreprendre un tel traitement et diffère la formulation de sa

demande, il présente alors un mauvais pronostic. Cependant, comme le mentionne Doorn [16], il est évident que le transsexuel secondaire (le plus souvent de type MF) est en proie à maintes difficultés (il est souvent marié, a des enfants...) qui l'empêchent de réaliser son souhait. En ce sens, des demandes effectuées plus tardivement ne doivent pas systématiquement être considérées négativement car elles peuvent refléter la prise en compte de facteurs familiaux. De manière quelque peu opposée, Reid [57] combine ces deux premiers facteurs (âge et choix d'objet hétérosexuel) et observe que la fréquence plus élevée de regrets postopératoires chez les transsexuels initialement hétérosexuels (qui ont été mariés et ont eu une vie de famille) est d'autant plus compréhensible que ces sujets – d'un certain âge – ont tenté, durant de nombreuses années, d'ignorer leur conviction d'être une femme (ou un homme) et de vivre – sans succès – dans leur rôle sexuel d'origine (partenaire, père, collègue...).

### Structure sociale

La présence d'une structure sociale adéquate est le plus souvent mentionnée. Ainsi, le soutien familial et affectif est primordial dans la réussite de la conversion et ce, tout au long de la transformation sexuelle [26, 58, 66]. Certains auteurs [58] ont suggéré que la présence d'un tel entourage permet également de renforcer l'image du patient dans son nouveau genre.

### CONCLUSION

L'objet de notre étude était d'évaluer, au travers de la littérature, le devenir des transsexuels opérés, et d'évaluer les conséquences – favorables et défavorables – de la transformation anatomochirurgicale.

Les transsexuels se disent satisfaits de leur transformation dans plus de trois quarts des cas. Certains critères de bon pronostic ont été mis en évidence (demande effectuée avant l'âge de 30 ans, stabilité mentale et émotionnelle ; avoir fait la preuve pendant au moins un an d'une adaptation tant physique que comportementale dans le sexe désiré ; intégration des limitations et des conséquences directes de la chirurgie ; prise en charge psychothérapeutique préalable au traitement chirurgical). Si ces critères sont respectés, et qu'apparaît néanmoins une insatisfaction, celle-ci semble pouvoir être attribuée aux complications chirurgicales (aspects fonctionnels et esthétiques), aux ruptures sentimentales, aux pertes d'emplois et aux difficultés dans les relations sociales (famille...). Cependant, les difficultés

sont le plus souvent temporaires et disparaissent durant l'année qui suit la transformation sexuelle. En définitive, très peu de transsexuels regrettent la transformation (1 % des FM et de 1 à 1,5 % des MF) [51].

Bien que des réserves doivent être émises quant à ces résultats en raison de certains biais (sélection des sujets, subjectivité des évaluations, non-indépendance des chercheurs, etc.), il apparaît assez clairement que la transformation anatomique par voie chirurgicale engendre des effets largement plus positifs que ceux que prévoyaient jadis les médecins et, plus encore, les psychologues. Sur cette base, et dans la mesure où la prise en charge peut être assumée de façon correcte de la phase diagnostique à la phase post-opératoire, il ne semble pas qu'il y ait des raisons empiriques de refuser la demande de changement de sexe (à laquelle n'est opposée, par ailleurs, aucune contre-indication).

### RÉFÉRENCES

- 1 Abramowitz SI. Psychosocial outcome of sex reassignment surgery. *J Consult Clin Psychol* 1986 ; 54 : 183-9.
- 2 Beatrice J. A psychological comparison of heterosexuals, transvestites, preoperative transsexuals, and postoperative transsexuals. *J Nerv Ment Dis* 1985 ; 173 : 358-65.
- 3 Benjamin H. *The Transsexual Phenomenon*. New York : The Julian Press ; 1966.
- 4 Blanchard R. Typology of male-to-female transsexualism. *Arch Sex Behavior* 1985 ; 14 : 247-61.
- 5 Blanchard R, Steiner BW. Gender reorientation, psychological adjustment, and involvement with female partners in female-to-male transsexuals. *Arch Sex Behavior* 1983 ; 12 : 149-57.
- 6 Blanchard R, Steiner BW, Clemmensen LH. Gender dysphoria, gender reorientation, and the clinical management of transsexualism. *J Consult Clin Psychol* 1985 ; 53 : 295-304.
- 7 Blanchard R, Legault S, Lindsay WR. Vaginoplasty outcome in male-to-female transsexuals. *Journal of Sex and Marital Therapy* 1987 ; 13 : 265-75.
- 8 Blanchard R, Steiner BW, Clemmensen LH, Dickey R. Prediction of regrets in postoperative transsexual. *Can J Psychiatry* 1989 ; 34 : 43-5.
- 9 Bodlund O, Kullgren G. Transsexualism-general outcome and prognostic factors : a five-year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex. *Arch Sex Behavior* 1996 ; 25 : 303-16.
- 10 Breton A, Frohworth C, Pottiez S. *Le transsexualisme, étude nosographique et médico-légale*. Paris : Masson ; 1985.
- 11 Bureau J, Beaudoin R, Fallon Y. *L'Adaptation socio-économique et interpersonnelle et la satisfaction psychosexuelle pré- et postconversion sociale, hormonale et chirurgicale de transsexue(le)s mâles et femelles* : Université du Québec à Montréal ; 1989.
- 12 Calanca A. *Le transsexuel après le changement. Évolution et pronostic*. *Helv Chir Acta* 1991 ; 58 : 257-60.
- 13 Chiland C. *Changer de sexe*. Paris : Odile Jacob ; 1997.

- 14 Cohen-Kettenis PT, Van Goozen S. Sex reassignment of adolescents transsexuals : a follow-up study. *J Am Acad Child Psychiatry* 1997 ; 36 : 263-71.
- 15 Dixon JM, Maddever H, van Maasdam J, Edwards PW. Psychosocial characteristics of applicants evaluated for surgical cross-gender reassignment. *Arch Sex Behavior* 1984 ; 13 : 269-76.
- 16 Doorn CD. Towards a gender identity theory of transsexualism [thèse]. Vrije Universiteit te Amsterdam ; 1997.
- 17 Eldh J, Berg A, Gustafsson M. Long term follow-up after sex-reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic Reconstructive Hand surgery* 1997 ; 31 : 39-45.
- 18 Fahrner EM, Kockott G, Duran G. Die psychosociale integration operierter transsexueller. *Nervenarzt* 1987 ; 58 : 340-8.
- 19 Fleming M, Cohen D, Salt P, Jones D, Jenkins S. A study of pre- and postsurgical transsexuals : MMPI characteristics. *Arch Sex Behavior* 1981 ; 10 : 161-70.
- 20 Fleming M, Jones D, Simons J. Preliminary results of pre and postoperative transsexuals. *J Clin Psychol* 1982 ; 38 : 408-15.
- 21 Green R, Fleming D. Transsexual surgery follow-up status in thes. *Annual Review of Sex Research* 1990 ; 1 : 163-74.
- 22 Hamburger C, Stürup G, Dahl-Iversen E. Transvestism. *J Am-Med Assoc* 1953 ; 152 : 391-6.
- 23 Hertz J, Tillinger KG, Westman A. Transvestism. *Acta Psychiatr Scand* 1961 ; 37 : 283-94.
- 24 Hunt DD, Hampson JL. Follow-up of 17 biologic male transsexual after sex-reassignment surgery. *Am J Psychiatry* 1980 ; 137 : 432-8.
- 25 Johnson S, Hunt DD. The relationship of male transsexual typology to psychosocial adjustment. *Arch Sex Behavior* 1990 ; 19 : 349-60.
- 26 Kockott G, Fahrner EM. Transsexuals who have not undergone surgery : a follow-up study. *Arch Sex Behavior* 1987 ; 16 : 511-22.
- 27 Kockott G, Fahrner EM. Male-to-female and female-to-male transsexuals : a comparison. *Arch Sex Behavior* 1988 ; 6 : 539-46.
- 28 Krohn W, Bertermann H, Wand H, Wille R. Nachtuntersuchung bei operierten transsexuellen. *Transsexualism – a long term follow-up after sex reassignment surgery. Nervenarzt* 1981 ; 52 : 26-31.
- 29 Kuiper AJ. Transseksualiteit. Evaluatie van de geslachtsaanpassende behandeling [thèse]. Vrije Universiteit te Amsterdam ; 1991.
- 30 Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Sex reassignment surgery : a study of 141 Dutch transsexuals. *Arch Sex Behavior* 1988 ; 17 : 439-57.
- 31 Laub DR, Fisk NM. A rehabilitation program for gender dysphoria syndrome by surgical sex change. *Plast Reconstr Surg* 1974 ; 53 : 388-403.
- 32 Lief H, Hubschman L. Orgasm in postoperative transsexual. *Arch Sex Behavior* 1993 ; 22 : 145-55.
- 33 Lindemalm G, Korlin D, Uddenberg N. Long term follow-up of sex change in 13 male-to-female transsexuals. *Arch Sex Behavior* 1986 ; 15 : 187-210.
- 34 Lothstein LM. The postsurgical transsexual : empirical and theoretical considerations. *Arch Sex Behavior* 1980 ; 9 : 547-64.
- 35 Lothstein LM. Sex reassignment surgery : historical, bioethical and theoretical issues. *Am J Psychiatry* 1982 ; 139 : 417-26.
- 36 Lothstein LM. Female-to-male transsexualism. Historical, clinical and theoretical issues. Boston : Routledge & Kegan Paul ; 1983.
- 37 Lothstein LM. Psychological-testing with transsexuals – a 30 year review. *Journal of Personality Assessment* 1984 ; 48 : 500-7.
- 38 Lundström B. Gender dysphoria – a social-psychiatric follow-up study of 31 cases not accepted for sex reassignment. Göteborg : University of Göteborg ; 1981.
- 39 Lundström B, Pauly I, Walinder J. Outcome of sex reassignment surgery. *Acta psychiatr Scand* 1984 ; 70 : 289-94.
- 40 Mate-Kole C, Freschi M, Robin A. Aspects of psychiatric symptoms at different stages in the treatment of transsexualism. *Br J Psychiatry* 1988 ; 152 : 550-3.
- 41 Mate-Kole C, Freschi M, Robin A. A controlled study of psychological and social change after surgical gender reassignment in selected male transsexuals. *Br J Psychiatry* 1990 ; 157 : 261-4.
- 42 Mate-Kole C, Robin A, Freschi M. Benefits of surgical reassignment as perceived by operated male transsexual patients. *Gender Dysphoria* 1990 ; 1 : 73-7.
- 43 Merloo J. Change of sex and collaboration with the psychosis. *Am J Psychiatry* 1967 ; 2 : 263-4.
- 44 Meyer JK, Reter DJ. Sex reassignment : Follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1979 ; 36 : 1010-5.
- 45 Michel A. Le changement de sexe : une métamorphose sans conséquence ? [thèse]. Université de Liège ; 2000.
- 46 Millet L, Baux R, Millet B. Dysphories de genre et/ou transsexualisme (à propos de vingt-cinq observations). *Ann Méd Psychol* 1996 ; 154 : 437-46.
- 47 Ostow M. Letter to the editor. *J Am-Med Ass* 1953 ; 152 : 1552-3.
- 48 Pauly IB. Female transsexualism : Part I. *Arch Sex Behavior* 1974 ; 3 : 487-507.
- 49 Pauly IB. Outcome of sex-reassignment surgery for transsexuals. *Austr N Z J Psychiatry* 1981 ; 15 : 45-51.
- 50 Person E, Ovesey L. The transsexual syndromes in males : I. Primary transsexualism. *Am J Psychother* 1974 ; 26 : 4-20.
- 51 Pfäfflin F. Regrets after sex reassignment surgery. In : Bockting WO, Coleman E, Eds. *Gender Dysphoria, Interdisciplinary approaches in clinical management*. Binghamton : The Haworth Press ; 1992.
- 52 Pfäfflin F, Junge A. Nachuntersuchungen nach geschlechtsumwandlung : eine kommentierte literaturreubersicht 1961–1991 (Follow-up studies after sex reassignment surgery : a review 1961–1991). Stuttgart : Scahttauer ; 1992. p. 149-459.
- 53 Pringuey D, Giudicelli S, Tatossian A. A propos du transsexualisme. *Ann Méd Psychol* 1978 ; 136 : 711-28.
- 54 Rakic Z, Starcevic V, Maric J, Kelin K. The outcome of sex reassignment surgery in Belgrade : 32 patients of both sexes. *Arch Sex Behavior* 1996 ; 25 : 515-25.
- 55 Rauchfleisch D, Barth D, Battegay R. Resukate einer Langzeitkatamnese von Transsexuellen. *Nervenarzt* 1998 ; 9 : 799-805.
- 56 Rehman J, Lazer S, Benet A, Schaefer L, Melman A. The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Arch Sex Behavior* 1999 ; 28 : 71-89.
- 57 Reid RW. Aspects psychiatriques et psychologiques du transsexualisme. *Actes du XXIII<sup>e</sup> Colloque de droit européen*. Vrije Universiteit Amsterdam, 1993.
- 58 Ross MW, Need JA. Effects of adequacy of gender reassignment surgery on psychology and adjustments : A follow-up of fourteen male-to-female patients. *Arch Sex Behavior* 1989 ; 18 : 145-53.
- 59 Snaith P, Tarsh MJ, Reid R. Sex reassignment surgery. A study of 141 Dutch transsexuals. *Br J Psychiatry* 1993 ; 162 : 681-5.
- 60 Sorensen T. A follow-up study of operated transsexual females. *Acta Psychiatr Scand* 1981a ; 64 : 50-64.
- 61 Sorensen T. A follow-up study of operated transsexual males. *Acta Psychiatr Scand* 1981b ; 63 : 486-503.

- 62 Spengler A. Kompromisse statt Stigma und Unsicherheit. Sexualmedizin 1980 ; 3 : 98-103.
- 63 Stein M, Tiefer L, Melman A. Follow-up observations of operated male-to-female transsexuals. J Urol 1990 ; 143 : 1188-92.
- 64 Stoller R. Masculin ou féminin ? Paris : PUF ; 1989.
- 65 Verschoor A, Poortinga J. Psychosocial differences between Dutch male and female transsexuals. Arch Sex Behavior 1988 ; 17 : 173-9.
- 66 Walinder J, Lundström B, Thuwe I. Prognostics factors in the assessment of male transsexuals for sex reassignment. Br J Psychiatry 1978 ; 132 : 16-20.
- 67 Walters WAW, Ross MW. Transsexualism and sex reassignment. Oxford : Oxford University Press ; 1986.